FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1879 — **THÈSE** — N° ~~378~~ 383

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 *août* 1879, *à* 1 *heure.*

PAR JANUARIO FIGUEIRA DA SILVA

Né à Madère, le 19 septembre 1854.

QUELQUES RÉFLEXIONS

SUR LA PRÉSENCE DU SANG DANS LES ASCITES

Président : M. LABOULBENE, *professeur.*

Juges : MM. CHANTREUIL, *professeur-suppleaut,* CHARPENTIER, LEGROUX, *agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1879

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. . . . . M. VULPIAN.

Professeurs. . . . . MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BECLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	LE FORT.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. .	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale. . . .	VULPIAN
Clinique médicale.	SEE (G.). LASEGUE HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN BROCA. VERNEUIL
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	HENNINGER	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANNESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL.
CADIAT	FERNET.	MARCHAND	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU.	PINARD.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM N.
— des maladies des enfants.	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires.	N.
— des maladies syphilitiques.	N.
Chef des travaux anatomiques.	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres a auteurs, et qu'elle n'entend pour donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin de l'hôpital de la Charité,
Officier de la Légion d'honneur.

QUELQUES REFLEXIONS

SUR LA

PRÉSENCE DU SANG

DANS LES ASCITES

INTRODUCTION.

Dans le service de M. Millard nous avons pu observer cette année un certain nombre d'ascites par causes diverses et nous avons été frappé des variations du liquide dans chacune d'elles. Ici la sérosité était claire, d'un jaune légèrement verdâtre et ne laissait pas de dépôt au bout d'un jour de repos. Dans un autre ordre de cas, le liquide était d'un jaune foncé, et le lendemain on trouvait au fond du vase des flocons pseudo-membraneux et des globules sanguins. Dans d'autres cas encore, le liquide était plus foncé en couleur, il contenait un plus

grand nombre de globules; parfois le liquide était absolument sanguinolent. Fait plus remarquable encore, des ponctions, chez certains malades, donnaient d'abord un liquide clair et citrin, puis à un moment donné, la couleur changeait et le liquide contenait un grand nombre d'hématies.

Pourquoi certains épanchements ascitiques renferment-ils des globules sanguins? Pourquoi d'autres n'en renferment-ils pas, et peut-on arguer de la présence ou de l'absence de globules pour affirmer qu'il s'agit de telle ou telle affection de l'abdomen ? Voilà ce que les auteurs ne disent pas ou ne disent qu'imparfaitement, et voilà ce que nous voudrions étudier aujourd'hui avec les données que nous avons puisées dans nos observations et dans d'autres qu'il nous a été facile de recueillir dans les livres les plus classiques.

On croit généralement que quand un liquide ascitique est fortement coloré en rouge, il s'agit d'une affection cancéreuse de l'abdomen. Rien de plus faux, comme nous le démontrerons. On peut trouver un liquide sanguinolent dans l'ascite symptomatique de péronite tuberculeuse et même de péritonite chronique simple. Du reste, M. Besnier a parfaitement établi la vérité en ces termes (1) : « La coloration rouge, cruorique, dit-il, lorsqu'elle est manifeste et qu'elle est constatée chez un malade qui n'a pas subi antérieurement de ponction, indique à peu

(1) Art. Ascite du Dict. encycl. des sc. méd.

près absolument la rupture des petits vaisseaux de néomembranes péritonéales, et elle se lie alors soit à la péritonite chronique simple, soit au cancer du péritoine ; elle est due enfin quelquefois à la rupture d'un foyer hémorrhagique viscéral. »

Prouver que la présence du sang dans l'ascite s'accompagne constamment de péritonite chronique simple, tuberculeuse, ou cancéreuse, tel est donc notre but. Si cela était, il y aurait une grande analogie entre ce qui se passe dans le péritoine et ce qui se passe dans la plèvre. M. Moutard-Martin (1), dans une thèse bien connue, conclut ainsi : « La pleurésie hémorrhagique est due presque toujours au développement de néomembranes vasculaires ; elle existe en dehors du cancer, de là trois variétés : simple, tuberculeuse, cancéreuse.

(1) Etude sur les pleurésies hémorrhagiques néo-membraneuse, tuberculeuse et cancéreuse. Paris, 1878.

DÉFINITION DU SUJET.

On entend par ascite tout épanchement dans la cavité péritonéale constituée principalement par de la sérosité.

Si le liquide contient des globules sanguins, l'ascite devient hémorrhagique.

Nous ne comprenons pas sous cette dénomination les épanchements qui doivent à la matière colorante du sang leur aspect hématique. Ceux-ci sont rares d'abord, et il est facile de les distinguer, au moyen du microscope, du véritable épanchement hémorrhagique.

Parmi les épanchements dans la cavité abdominale, nous avons trouvé des exemples d'épanchements de sang presque pur, mais développés au milieu de phénomènes aigus, sans être péritonitiques. Tel est ce cas d'Andral que nous rapportons.

OBSERVATION I (tirée des Clin. d'Andral, p. 595, t. II).

Mort subite par suite de la rupture d'un sac anévrysmal dans la cavité péritonéale.

Un garçon marchand de vin, âgé de 28 ans, fortement constitué, entra le 24 avril 1824 à la

Charité ; il présentait alors tous les signes caractéristiques d'une péritonite aiguë.

Trois semaines auparavant, en pompant de l'eau, il avait été pris tout à coup d'une forte douleur lombaire qui fut suivie de douleurs abdominales et de vomissements. Il garda le lit pendant les vingt jours suivants, puis les symptômes s'exaspérèrent tout à coup ; la douleur abdominale devint surtout beaucoup plus intense, et les vomissements, qui n'avaient existé qu'au début de la maladie, reparurent. Nous vîmes, pour la première fois, ce malade dans la matinée du 27 avril. Alors l'abdomen était très-douloureux à la pression et tendu ; la résistance uniforme de ses parois semblait dépendre du paquet intestinal dont les anses étaient unies et comme soudées par les fausses membranes. Le pouls était petit et fréquent, la langue naturelle (24 sangsues à l'anus, 48 à l'abdomen, deux vésicatoires aux jambes, boissons délayantes). Le lendemain 28, le malade se dit mieux, mais la tension du ventre persiste, ainsi que la douleur, surtout sur l'hypogastre (48 sangsues sur cette région, 24 sur le reste de l'abdomen). Le 29 et jours suivants, l'état du malade étant le même, M. Lerminier continue l'application des sangsues (48 sur l'hypogastre, 24 sur le reste de l'abdomen). Le 30, 24 sangsues à l'hypogastre. Les 1er, 2 et 3, même prescription. Le 4, les douleurs étant beaucoup moindres, il n'appliqua que 12 sangsues, toujours à l'hypogastre. Le 6, même application. Les 6 et 7, les

douleurs abdominales sont à peu près nulles ; le malade se sent bien, mais la tension du ventre n'a pas diminué. Le 13, retour des douleurs (12 sangsues à l'hypogastre). Deux heures après la visite, le malade fait un léger mouvement dans son lit, perd connaissance et expire au bout de quelques secondes.

Autopsie. — Une sérosité sanguinolente s'échappe de l'abdomen au moment où l'on incise les parois. Des caillots d'un sang noir recouvrent les intestins et remplissent l'excavation du bassin ainsi que les flancs. Des adhérences encore molles et colorées par le sang épanché unissent les anses intestinales entre elles, de manière que celles-ci, ainsi réunies, ne constituent plus qu'une seule masse, à laquelle était due la résistance offerte pendant la vie par les parois abdominales. Le paquet intestinal formant tumeur ayant été écarté, on découvrit à la place occupée par le mésentère une tumeur considérable constituée par des couches fibrineuses, superposées, dont la densité allait en diminuant de l'extérieur à l'intérieur ; les couches les plus externes étaient dépourvues de matière colorante. Au centre, existaient des caillots mous, semblables à ceux qui remplissent le péritoine. Ces masses de fibrine réunissaient la fin de l'aorte et les iliaques primitives. Presque immédialement après sa séparation de l'aorte, l'artère iliaque primitive droite était percée d'un trou assez large pour admettre une pièce de cinq sous. Les bords irréguliers présentaient des lambeaux de

membranes externe et moyenne. Aucune lésion organique appréciable n'existait, soit dans le reste de l'artère iliaque, autour ou loin de la perforation, soit dans l'aorte, soit dans toutes les autres parties du système vasculaire à sang rouge et noir.

Il ne s'agit pas là d'une ascite contenant du sang, mais plutôt d'un épanchement de sang qui s'est séparé en deux parties, sérum et caillot, dans le péritoine, comme cela se fait expérimentalement dans un vase.

Nous n'étudierons ici que les cas vulgaires d'ascite, c'est-à-dire des épanchements constitués principalement par de la sérosité, survenus sans phénomènes fébriles.

I. — DE LA FAÇON DE RECHERCHER LE SANG DANS LES ÉPANCHEMENTS ASCITIQUES.

La coloration du liquide n'est pas le signe sur lequel on peut se baser pour établir la présence du sang dans un épanchement abdominal. Sans doute il est des cas où le liquide est si trouble et si rouge que l'on ne peut s'y méprendre, mais dans une foule d'autres cas, on ne reconnaîtrait pas le sang si l'on n'avait soin de suivre une méthode, dont nous avons vu pour la première fois les bons effets chez M. le D[r] Millard.

La ponction faite, une certaine quantité de liquide, prise dans la masse, sert à faire connaître immédiatement la densité, la coloration du liquide et sert aussi aux analyses chimiques : dosage de l'urée, de l'albumine, des matières coagulables par la chaleur. Le reste du liquide est placé dans de grands bocaux, et on l'y laisse reposer pendant vingt-quatre heures. Le lendemain on transvase dans d'autres bocaux et on peut déjà, pendant cette opération, constater s'il existe de la fibrine en flocons, des caillots, etc. Tout le liquide qui occupe le fond des bocaux est réuni dans un verre à expériences, et c'est alors qu'on peut juger des éléments en suspension dans le liquide. On y trouve fréquemment de la fibrine libre, ou, emprisonnant des globules sanguins, des leucocytes, des globules libres, des éléments figurés (cellules diverses, éléments cancéreux).

Mais ne nous occupons ici que des globules rouges. Ils forment, adhérant au vase ou tout au fond du vase, une couche plus ou moins épaisse, et quelquefois la coloration rouge est si intense qu'il semble qu'on a affaire à du sang pur. Un examen microscopique des plus simples fait reconnaître l'état des éléments, globules plus ou moins déformés, crénelés.

Il est malheureux que ce procédé ne soit pas généralement suivi. On juge simplement d'après la coloration et on ne se figure pas que des liquides, à peine teintés en jaune, contiennent un grand nombre

d'hématies. Il en résulte que, dans maintes observations, la présence du sang dans le liquide de l'ascite n'a pas été reconnue.

Car *très-fréquemment* il y a du sang dans l'épanchement abdominal, et pour en citer un exemple mentionnons seulement ce que nous avons observé nous-même chez M. Millard. Nous y avons suivi huit cas d'ascite, deux par cirrhose, trois par affection cancéreuse du péritoine, deux par péritonite chronique simple, une de cause cardiaque. Dans six cas, le dépôt nous montra la présence évidente d'une plus ou moins grande quantité de sang. S'il fallait en croire ces chiffres, la présence du sang serait la règle, l'absence l'exception.

Toutefois, dans ces cas nous comprenons toute l'évolution de la maladie, car plusieurs épanchements ne sont souvent devenus hémorrhagiques qu'après plusieurs ponctions. En général même le liquide d'une première ponction est plus souvent clair et limpide, il ne renferme des globules que plus tard. La ponction joue probablement un rôle dans la production de la péritonite chronique simple, cause fréquente de la présence du sang dans le liquide, comme nous allons le voir.

II. — DES CAS DANS LESQUELS ON TROUVE UN LIQUIDE HÉMORRHAGIQUE.

L'autopsie révèle dans les cas d'épanchements contenant du sang :

Ou bien une péritonite tuberculeuse ;

Ou bien une péritonite cancéreuse ;

Ou bien une péritonite chronique simple.

Dans tous les cas, à l'ascite se joint un travail soit néoplasique, soit inflammatoire.

PREMIER CAS. — *La maladie est une péritonite tuberculeuse.*

Dans cette affection, l'épanchement peut être séreux, séro-purulent, purulent, séro-sanguinolent ; quelquefois on constate toutes les variétés d'épanchement chez le même individu. Sur 20 observations, nous avons trouvé 6 cas d'épanchement contenant ı sang.

Les deux observations que nous rapportons ici sont des exemples remarquables de cet épanchement hémorrhagique au cours de la péritonite tuberculeuse.

Observation II (tirée des Clin. d'Andral, t. II, p. 641).

Ascite précédée d'anasarque; abdomen constamment indolent et souple; épanchement sanguinolent dans le péritoine; fausses membranes organisées et tubercules au milieu d'elles.

Un fumiste âgé de 27 ans, cheveux noirs, peau brune, a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février 1822. Il tomba alors de 15 pieds de haut et reçut dans sa chute un seau d'eau froide qui sécha sur lui. Le lendemain il toussa et continua à tousser pendant deux mois; au bout de ce temps, il crache du sang. Cette hémoptysie revint plusieurs fois ; la toux persista. Vers la fin d'avril, il sentit une chaleur inaccoutumée, il commença à suer la nuit. Entré à cette époque à l'Hôtel-Dieu, il eut 180 sangsues et plusieurs vésicatoires sur la poitrine. Quand il en sortit, il ne toussait plus, la respiration était lisse; mais bientôt la toux reparut, les pieds s'enflèrent d'abord, puis les membres inférieurs et enfin le ventre. Jamais il n'a ressenti la moindre douleur dans l'abdomen.

A l'époque de son entrée à la Charité, la respiration s'entendait forte et nette en avant des deux côtés ; en arrière et à droite elle était nette : du râle bronchique existait à gauche. Le cœur s'entendait sans impulsion, sans bruit et régulier, à la région précordiale, un peu le long du sternum et sous la clavicule gauche ; toux fréquente, crachats de catarrhe aigu, oppression, pouls d'une petitesse re-

marquable, disparaissant quelquefois complétement; langue vermeille, bon appétit, une ou deux selles en vingt-quatre heures ; fluctuation évidente dans le ventre, qui n'offre pas la moindre tension.

Ce malade s'affaiblit graduellement, sa respiration s'embarrassa de plus en plus, et il succomba.

Autopsie. — Les ventricules cérébraux contiennent à peine une cuillerée à café de sérosité liquide.

Thorax. — Le diaphragme était refoulé jusqu'à la quatrième côte. Le cœur était caché presque entièrement par le poumon ; le péricarde adhérait au poumon par du tissu infiltré ; il adhérait au cœur à l'aide d'une fausse membrane épaisse qui paraissait ancienne. Les parois du cœur étaient peu amincies, ses cavités contenaient du sang fluide. Les deux poumons, parfaitement crépitants, œdématiés dans leur partie postérieure, étaient parsemés d'un grand nombre de granulations miliaires.

Abdomen. — Le péritoine contenait 3 litres d'un liquide séro-sanguinolent. Le péritoine des parois abdominales était recouvert d'une fausse membrane mince, teinte en rouge par la sérosité. Il était uni aux épiploons, aux intestins et au foie par des brides celluleuses, qui formaient des loges et des cellules, les unes ayant le volume d'un œuf, d'autres, plus petites, contenant les unes de la sérosité citrine, d'autres de la sérosité sanguinolente. Le grand épiploon était ramassé en une masse épaisse, étendue d'un hypochondre à l'autre, et fixée au niveau de l'ombilic au devant de l'arc du côlon. Des prolonge-

ments membraneux la fixaient au mésentère. Dans son intérieur étaient développées une infinité de tubercules miliaires. Les intestins étaient unis par des fausses membranes dans l'intérieur desquelles existaient des tubercules miliaires. Ces fausses membranes formaient les parois d'autant de loges qui contenaient des liquides différents. La muqueuse de l'estomac et des intestins présentait une légère teinte brunâtre qui était plus prononcée près du cæcum. Les gros intestins étaient d'une pâleur remarquable. Le tissu sous-muqueux du côlon était infiltré.

Le foie était très-petit, la rate peu développée.

Observation III (tirée des Clin. d'Andral, t. II, p. 649).

Epanchement sanguinolent dans le péritoine, formé sans douleur, consécutivement à un état tuberculeux des ganglions mésentériques (carreau); tubercules dans les ganglions cervicaux et bronchiques, ainsi que dans le poumon.

Un tailleur, âgé de 25 ans, entra à la Charité présentant tous les symptômes qui peuvent faire soupçonner l'existence d'une phthisie pulmonaire au premier degré : toux depuis quatre mois, amaigrissement, hémoptysies antécédentes.

Les ganglions cervicaux engorgés formaient un volumineux chapelet sur la partie latérale droite du cou. L'abdomen était tuméfié, indolent, on n'y sentait aucune fluctuation, les selles étaient ordinaires, le pouls fréquent, les sueurs nulles. Pendant les

quinze jours suivants, l'état du malade ne subit aucun changement ; puis l'abdomen prit un développement de plus en plus considérable et la fluctuation devint évidente. Il était d'ailleurs complétement indolent; plus tard encore, du dévoiement survint pour la première fois, et à dater de cette époque il se montra et cessa alternativement jusqu'à la mort; dès lors le dépérissement fut rapide, une véritable fièvre hectique s'établit ; mort six semaines après l'entrée.

Autopsie. — Un liquide d'un rouge foncé, semblable au sang qu'on vient de tirer d'une veine, était épanché en grande quantité dans le péritoine. La portion de séreuse qui recouvre les intestins était partout d'un rouge intense; elle se détachait très-facilement des tissus subjacents. Le tissu cellulaire, intermédiaire entre elle et la tunique musculaire, était vivement injecté. Des fausses membranes, épaisses de 3 ou 4 lignes et contenant dans leur épaisseur de nombreux tubercules, revêtaient la face concave de la rate et du foie.

Le mésentère était transformé en une énorme tumeur, résultant de l'agglomération des glandes lymphatiques tuberculeuses : plusieurs avaient le volume d'une orange.

La membrane muqueuse de l'estomac et de la totalité de l'intestin grêle était très-pâle. La muqueuse du cæcum et des trois portions du côlon et du rectum présentait un grand nombre de plaques et de

bandes rouges en rapport avec la diarrhée qui avait existé dans les derniers temps.

D'énormes ganglions lymphatiques tuberculeux entouraient dans la poitrine la trachée artère et les bronches. Un petit nombre de tubercules creux existaient au sommet du poumon gauche qui était sain dans le reste de son étendue. La presque totalité du lobe supérieur du poumon droit était occupée par de la matière tuberculeuse qui commençait à se ramollir en quelques points.

Dans l'observation II, le péritoine contenait 3 litres de sérosité sanguinolente. Dans l'observation III, un liquide d'un rouge foncé, semblable à du sang qu'on vient de tirer de la veine, était épanché en grande quantité dans le péritoine. Ici, en effet, il y avait une double cause d'épanchement, la présence des néo-membranes et des tubercules d'abord, ensuite la présence des ganglions qui comprimaient les gros vaisseaux et amenaient une stase sanguine dans les vaisseaux du péritoine.

L'hémorrhagie s'explique facilement dans ces cas de péritonite tuberculeuse. Il y a formation de néo-membranes qui se répandent sur les parois, s'étendent des parois aux organes viscéraux, d'un viscère à un autre viscère. Survienne la rupture d'une de ces membranes ou seulement la rupture des vaisseaux qui entrent dans leur composition et l'hémorrhagie est constituée.

La rupture de ces vaisseaux est favorisée par la

granulation miliaire de la façon suivante : elle joue le rôle de corps étranger, entretient l'inflammation autour d'elle et par suite une tension exagérée dans les vaisseaux ; rien d'étonnant que ceux-ci cèdent quelquefois et répandent leur contenu dans la cavité péritonéale.

Partout où il y a des tubercules, les hémorrhagies interstitielles sont fréquentes : « la tendance aux hémorrhagies accompagne partout les productions tuberculeuses » (1). Il existe ici ce qu'on voit si fréquemment dans la tuberculose pulmonaire, sauf que dans ce dernier cas l'hémorrhagie se fait à l'extérieur, tandis que dans la péritonite tuberculeuse, elle se fait dans le péritoine.

Au lieu de se répandre dans la cavité il pourrait se faire que l'hémorrhagie se limitât et se fît simplement dans les fausses membranes, absolument comme dans la péritonite chronique simple, comme nous le verrons tout à l'heure. Dans la plèvre, ce point a été mis en lumière par M. Moutard-Martin et il est raisonnable d'admettre que la même disposition existe dans le péritoine.

Deuxième cas. — *La maladie est une péritonite cancéreuse.*

Alors l'épanchement hémorrhagique est de règle et le liquide peut contenir parfois une très-grande quantité de sang. C'est ce qu'on peut voir dans l'observation suivante.

(1) Gueneau de Mussy, Clinique médicale, p. 57.

Observation IV (personnelle).

Ascite contenant du sang; tumeur maligne du ventre développée aux dépens des annexes de l'utérus.

C..., 53 ans, entrée le 5 juillet salle Sainte-Marthe nº 20, service de M. le Dr Millard.

Bien portante pendant sa jeunesse. Pas d'antécédents morbides héréditaires. A été mariée à 20 ans, n'a pas eu d'enfants. Mal réglée jusqu'à 28 ans. A partir de ce moment les règles sont venues régulièrement jusqu'à 48 ans, époque où elles ont disparu.

Elle a commencé à avoir des douleurs dans les lombes et le ventre en 1867, mais ce n'est que quand son ventre se met à grossir qu'elle se considère comme malade. Elle n'avait jamais senti de tumeur dans son ventre. Elle vint, le 10 juin 1875, consulter M. Millard qui conseilla une ponction. La malade avait à cette époque les jambes fort enflées. La ponction fut acceptée et on retira 8 litres d'un liquide jaune qui sentait mauvais, au dire de la malade. La deuxième ponction eut lieu un mois après; on retira 8 litres d'un liquide vert, sans odeur. Quatre mois après nouvelle ponction. Depuis lors, les ponctions ont été faites tous les deux ou trois mois et hier 7 juillet, on pratiquait la vingt-quatrième. Voici quelques particularités relatives à ces ponctions. Au bout de quelques ponctions, les jambes n'enflèrent plus; elles enflent à nouveau maintenant.

La quantité de liquide a été toujours en augmentant, la neuvième ponction donna 16 litres, la vingt-troisième donna 24 litres. Le liquide a commencé à être rouge et à contenir du sang à partir de la dixième ponction.

Depuis lors, le liquide est de plus en plus coloré et contient de plus en plus de sang.

La vingt-quatrième ponction a donné 23 litres et demi d'un liquide trouble ayant l'apparence de cette bière anglaise qu'on appelle le *stout.* Après dépôt, il existait au fond des bocaux une grande quantité de globules rouges, de sorte qu'il semblait qu'il y avait au moins 1 litre de sang pur. En même temps des flocons fibrineux nageaient dans le liquide.

Après chaque ponction, il est facile de constater l'état du ventre. De chaque côté, dans les flancs, on sent des tumeurs mamelonnées, très-volumineuses, occupant environ le sixième de la cavité abdominale, adhérant profondément et paraissant dépendre du ligament large.

La malade souffre actuellement un peu des reins. Tous les autres organes sont sains. Toutes les fonctions s'accomplissent bien.

Généralement, dans l'ascite qui accompagne les tumeurs malignes des ovaires, du foie, et en général les tumeurs malignes de l'abdomen, il y a deux périodes. Dans la première la tumeur agit surtout par compression simple, alors le liquide de l'ascite est

clair, jaune citrin et ne renferme pas d'hématies.

C'est ce que nous voyons dans l'observation IV et dans la suivante.

Observation V (personnelle).

Cystite; sarcome de l'ovaire; paracentèses; liquide séreux d'abord, puis sanguinolent.

Le père de la malade est mort à 58 ans d'une phthisie pulmonaire. La mère est morte à 78 ans d'une affection du genou probablement de nature maligne.

Elle n'a jamais eu de rhumatisme, pas d'affection cutanée. Elle a eu une fille qui a maintenant 34 ans et se porte bien, puis deux fausses couches. Les médecins lui dirent alors qu'elle n'aurait plus d'autre enfant à terme parce qu'elle avait une descente de matrice attribuée par eux à ce que la malade s'était levée le jour même de son accouchement.

Il y a un an, elle s'aperçut que son ventre devenait lourd, et le 10 août un médecin appelé constata la présence d'une ascite qui remontait d'après lui à six mois environ.

Entrée à l'hôpital Beaujon, service de M. Millard, le 28 septembre, elle en est sortie le 30 décembre. Pendant ce temps on lui fit une ponction qui donna 6 litres et demi de liquide citrin. Elle eut pendant son séjour à l'hôpital du muguet et des affections pulmonaires dont elle ignore le nom.

Le 13 janvier, elle rentre de nouveau dans le service de M. Millard, salle Sainte-Claire.

Etat actuel. — Œdème des membres inférieurs dont elle s'est aperçue il y a quinze jours environ. L'œdème est plus prononcé à la jambe gauche.

Ventre. — Ascite volumineuse. Circonférence au niveau de l'ombilic, 1 m. 17. Longueur de l'appendice xyphoïde au pubis, 45 cent. L'ombilic est fortement dévié à gauche et s'écarte du plan vertical d'environ 5 cent. A la palpation du ventre, on ne sent pas de masse volumineuse dans le petit bassin, mais on perçoit dans les fosses iliaques droite et gauche une rénitence superficielle tenant probablement à des adhérences.

La malade ne se plaint d'aucune douleur dans le ventre sauf au niveau du creux épigastrique. Le foie n'est pas notablement augmenté de volume. La rate n'est pas très-volumineuse et ne déborde pas les fausses côtes. On remarque sur ce ventre quelques veines développées, mais le réseau veineux n'est pas comparable à celui qui existe dans une cirrhose bien caractérisée. L'ombilic est soulevé. L'examen de la poitrine ne révèle que des râles d'œdème aux deux bases.

Depuis une quinzaine de jours la malade ne peut plus conserver ses matières. L'urine est épaisse et laisse déposer des sels colorés en rouge. Soif, mais la malade ne peut supporter la tisane, elle la vomit aussitôt qu'elle est avalée. Amaigrissement. Ne se lève pas, ne peut marcher. Con-

servation de la sensibilité générale et spéciale; pas de zones d'anesthésie au niveau de la paroi abdominale.

Toucher vaginal. — Utérus modérément descendu, absolument immobilisé. Lorsqu'on cherche à le repousser par en haut, on perçoit une résistance énorme qui ne paraît pas due à une tumeur développée dans l'utérus même, mais dans les annexes. Par les culs-de-sac on sent des parties dures, mais on n'arrive pas à circonscrire des masses lobulées. La malade depuis dix ans n'a pas perdu de sang et il n'y a pas lieu de supposer qu'il existe une tumeur fibreuse située dans les parties inaccessibles de l'utérus. L'affection paraît localisée dans les parties latérales du petit bassin avec empiétement dans les fosses iliaques.

Le 29. Ponction. 7 litres de sérosité sanguinolente. D. 1018. Coagulum fibrineux et nombreux globules sanguins.

5 février. La malade va en s'affaiblissant de jour en jour.

Le 15. Ponction in extremis. 3 litres et demi. Liquide sanguinolent. D. 1014.

Autopsie. — Péritoine rempli de liquide séro-sanguinolent. Le grand épiploon est parsemé de granulations blanchâtres cancéreuses.

Par une section, on fait sortir des tumeurs une grande quantité de suc blanchâtre, lactescent.

Des noyaux cancéreux, sont disséminés sur le bord convexe de l'intestin grêle. Les ganglions lombaires

présentent eux-même la dégénérescence cancéreuse. Les annexes de l'utérus renferment de nombreux noyaux et des kystes. L'ensemble forme deux tumeurs de chaque côté de l'utérus. Il s'agit d'un carcinome kystique.

Foie gras.

Rate normale.

Un peu d'athérome au niveau des valvules mitrales. Rien aux poumons.

Dans la deuxième période, la séreuse elle-même est envahie par une inflammation simple, plus souvent par la dégénérescence cancéreuse. Alors des granulations et des tumeurs de mauvaise nature apparaissent dans la cavité péritonéale, envahissant les divers replis de la séreuse. L'ascite à partir de ce moment change de nature et le liquide renferme du sang. C'est ce qui eut lieu dans l'observation V. Dans l'observation IV, peut-être l'hémorrhagie a-t-elle eu seulement pour cause la rupture des néomembranes développées à la surface des tumeurs. Le ventre en effet a conservé sa souplesse et on ne perçoit aucune rénitence. Toutefois il est bien certain que le changement brusque de la couleur du liquide ne s'est pas fait sans que la tumeur ait déterminé des modifications notables de la séreuse.

Deux mécanismes nous semblent donc devoir être invoqués pour expliquer l'hémorrhagie dans les cas de néoplasme de l'abdomen.

Ou bien le néoplasme détermine la formation d'une

péritonite chronique et de néomembranes qui se rompent facilement vu leur friabilité.

Ou bien il y a rupture des vaisseaux du néoplasme lui-même.

La première hypothèse est confirmée par un article de Dolbeau (1), qui a décrit une péritonite chronique d'emblée produite par les grosses tumeurs abdominales.

Quant à la seconde hypothèse, elle est absolument prouvée par les faits. Il est bien évident que quand une tumeur s'exfolie, pour ainsi dire, et perd ses éléments cellulaires, les vaisseaux fragiles, à parois embryonnaires, qui entrent dans sa composition, se rompent avec la plus grande facilité. L'observation suivante en est une preuve.

Observation VI (personnelle).

Péritonite cancéreuse; ascite; liquide contenant des globules rouges, des globules blancs, des éléments cancéreux.

L..., 73 ans, entré le 10 février 1879, salle Saint-François, lit n° 27.

Ce malade est entré avec une recommandation d'un médecin qui le disait atteint d'occlusion intestinale. Malgré des purgatifs répétés, il n'avait rendu que peu de matières. Il donne très peu de détails sur son état. Il est malade depuis un an. Il ne vomissait

(1) Gaz. des hôp., 1866.

pas, il n'avait pas rendu de sang par les garde-robes.

Peu d'œdème des jambes. Tuméfaction de la paroi abdominale qui paraît être due à la présence d'un peu de liquide et à un météorisme considérable. L'embonpoint du sujet rend les recherches très-difficiles. On ne perçoit aucune tumeur. Le foie, au dire de M. Millard, est un peu augmenté de volume. Rien d'important à noter pour le cœur et les poumons.

Pendant les quelques jours qui suivent son entrée, il éprouve de très-violentes douleurs qui l'empêchent de dormir et lui arrachent des cris. Efforts de vomissements. Le 12, ponction qui laisse sortir un liquide d'un jaune très-foncé. Après la ponction on perçoit, mais très obscurément, des rénitences localisées dans la caisse abdominale. Le liquide, après dépôt, fait voir à la paroi inférieure une couche composée de parties rouges mêlées à des parties blanches. L'examen microscopique montre que ce dépôt était constitué par des globules sanguins, quelques globules blancs et des cellules ayant la forme de celles qui ont été décrites par Cruveilhier comme caractéristiques du cancer.

Le 13, même état malgré la ponction ; les douleurs restent très-vives et ne sont calmées que par l'injection hypodermique. Le 14, mort.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — 2 litres de liquide jaune foncé. Noyaux cancéreux de diverses dimensions disséminées sur tout le péritoine. Ra-

mollissement de ces tumeurs en certains endroits; on dirait même qu'il y a une véritable ulcération.

Foie graisseux. Noyau cancéreux au milieu du lobe droit. Cancer de l'estomac ayant probablement précédé le cancer du péritoine.

Noyau cancéreux dans le rein droit.

Athérome de l'aorte.

Cœur graisseux.

Rien dans les poumons que de l'hypostase.

Troisième cas. — *La maladie est une péritonite chronique simple.*

Dans tous les cas où il existait du liquide sanguinolent, en l'absence de péritonite tuberculeuse ou cancéreuse, nous avons trouvé des traces de péritonite chronique simple.

Nous devons insister ici sur quelques traits importants de l'histoire de cette variété de péritonite chronique.

Dans son degré le moins prononcé, cette affection consiste simplement en quelques brides conjonctives ou fibreuses, et une sorte de membrane adventice tapissant la séreuse pariétale.

Dans des cas plus sérieux, les néomembranes sont plus nombreuses et forment dans la cavité péritonéale un réticulum emprisonnant parfois du li-

quide et des coagulations fibrineuses. Les anses intestinales sont soudées entre elles et difficiles à séparer.

Mais voici une disposition plus importante à signaler : les néomembranes forment des couches stratifiées sur la paroi abdominale et les divers feuillets contiennent des vaisseaux. Ceux-ci peuvent se rompre et on voit se produire alors des hémorrhagies identiques à celles qui produisent les hématomes de la dure-mère de Cruveilhier, certaines hématocèles de la tunique vaginale de Gosselin, les hématocèles rétro-utérins de Virchow, et enfin les pleurésies hémorrhagiques néomembraneuses signalées par M. le Dr Moutard-Martin.

Nous en donnons ici trois observations, dont l'une a été recueillie par nous.

Observation VII (Arch. de méd., année 1862. Bright). Résumé.

Péritonite hémorrhagique.

N..., 45 ans, entre à l'hôpital le 7 mai 1834. Cet homme, qui a des habitudes d'intempérance, a été traité par Bright pour une anasarque. Aujourd'hui l'abdomen est volumineux et présente une fluctuation obscure. La maladie marche rapidement et le malade succombe dans une attaque d'épilepsie.

Autopsie. — L'abdomen est rempli de sérosité. Le péritoine viscéral et pariétal est couvert d'une membrane accidentelle très-mince. L'intestin grêle est

réuni en masse et attaché au milieu de l'abdomen ; il est gris foncé ; à sa surface on voit une petite masse de sang. Sur le péritoine pariétal, il y a des caillots sanguins ayant la forme de grappes et paraissant maintenus par une fausse membrane d'aspect gélatineux. Le foie a l'aspect extérieur d'un rayon de miel ; il est sain à l'intérieur. Les reins sont petits, aplatis, pâles, de consistance cartilagineuse. La surface est granuleuse, la portion corticale contractée.

Observation VIII (Virchow's Arch., 1873, p. 35. Friedreich).
Péritonite chronique simple hémorrhagique.

Suzanne M..., 35 ans. Atteinte d'insuffisance tricuspide, de rétrécissement mitral et d'hypertrophie du cœur droit ; de plus elle est rhumatisante. Symptômes cardiaques. Anasarque. Urine albumineuse. Hydrothorax double. Onze paracentèses en deux ans (de 3 à 10 litres). Bourdonnements d'oreille. Douleurs abdominales quand le liquide se reproduit. Mort par cachexie.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un liquide hémorrhagique et des néomembranes sur les deux feuillets du péritoine, puis du pigment sur le péritoine pariétal. Dans les couches récentes des néo-membranes sont contenus de nombreux vaisseaux.

Observation IX (personnelle).

Tuberculose pulmonaire; ascite avec liquide séro-sanguinolent.

F..., 56 ans, cocher, est entré le 27 janvier 1879, salle Saint-François, lit n° 23. Pas d'antécédents héréditaires dignes d'être signalés. A 21 ans, en 1851, il est parti en Californie, où il contracta les fièvres intermittentes qui ont duré vingt-cinq mois. Il en est revenu en 1856, et pendant six mois il a continué à avoir quelques frissons par les temps humides. Tout a disparu au bout de six mois. Jamais il n'a eu d'accès depuis ce temps. Il y a six mois hydarthrose du genou droit.

Début de la maladie. — Après un rhume, au mois d'avril, il a continué néanmoins à travailler jusqu'au mois de juillet, il toussait et crachait la nuit, n'avait pas de sueurs nocturnes. Il n'a jamais craché de sang.

Il y a quarante jours, il s'aperçut que son ventre gonflait, et en quatre jours, dit-il, il prit les dimensions qu'il présente aujourd'hui. Le gonflement se produisit absolument sans douleur.

Etat actuel. — Varices superficielles et un peu d'œdème des membres inférieurs.

Circulation collatérale développée sur la paroi abdominale. Légère saillie de l'ombilic. Ventre fortement tendu, sensation de flot très-nette, ascite évidente.

Les intestins se trouvent à la partie supérieure et donnent de la sonorité dans ce point. Ils se déplacent, et quand on fait déplacer le malade, la sonorité gagne le côté qui se trouve en haut.

Un peu d'œdème au niveau de la paroi abdominale postérieure.

Le foie paraît avoir son volume normal. Il en est de même de la rate.

Cavité thoracique. — Cœur normal. En avant, la sonorité paraît exagérée à droite. Râles sous-crépitants, les uns secs, les autres humides dans toute l'étendue du poumon droit. En arrière, matité dans les deux fosses sus-épineuses. Râles sous-crépitants dans les mêmes points. Frottements pleuraux aux deux bases.

Langue blanche. Peu d'appétit. Pas de céphalalgie. Pas de coloration jaune des sclérotiques. Constipation habituelle. Selles décolorées. Pas de dépôt dans les urines. Pas d'athérome digne d'être mentionné. P. 88.

A fait des excès de boisson.

Le 7. Ponction, 7 litres de liquide citrin, pas de sang. D. 1018.

2 mars. 2e ponction. 8 litres de liquide citrin contenant quelques flocons de fibrine. D. 1015.

On sent le bord du foie dans le creux épigastrique; il n'est pas mamelonné et ne paraît pas avoir une dureté insolite.

Le 21. 3e ponction. Liquide rougeâtre, nombreux globules rouges.

12 avril. 4e ponction. 10 litres de liquide séro-sanguinolent.

Le 27. 5e ponction. 11 litres de liquide même nature.

14 mai. 10 litres 1/2.

Mort le 16 dans le coma.

Autopsie. — Infiltration tuberculeuse des deux poumons, surtout du poumon droit. Cavernes au sommet droit. Cœur flasque et un peu graisseux.

Abdomen.— 3 litres environ de sérosité fortement colorée en rouge sortent du ventre.

Le foie est augmenté de consistance, gris roux, manifestement cirrhosé, mais non rétracté.

La rate est légèrement augmentée de volume.

Mais ce qui attire surtout l'attention, c'est l'état de la paroi abdominale qui est couverte de néo-membranes, ici simples, plus loin stratifiées. En certains points, il s'est fait des hémorrhagies dans les néo-membranes qui forment alors des tumeurs sanguines, les unes petites, les autres allongées, ressemblant à une sangsue gonflée par le sang. Nulle part nous n'avons rencontré de granulations tuberculeuses.

Les reins sont graisseux.

Rien dans les organes génitaux, ni dans le cerveau.

L'observation IX est un remarquable exemple de *pachy-péritonite*, si j'ose ainsi parler. Il s'agis-

sait d'un homme atteint de tuberculose pulmonaire et d'ascite. On le crut au début cirrhotique. A la troisième ponction, à l'aspect du liquide qui contenait des flocons fibrineux et des globules, l'opinion inclina vers une péritonite chronique. Il y avait bien une péritonite chronique, mais il existait en même temps une cirrhose qui sans doute avait causé d'abord l'ascite.

La constitution des néo-membranes de ce genre de péritonite est analogue à ce qu'on a trouvé dans la plèvre et l'arachnoïde. Les mêmes détails anatomo-pathologiques s'y rapportent.

Hunter croyait qu'à la suite de l'inflammation, il y avait formation d'une pseudo-membrane qui s'organisait spontanément. Les travaux de Virchow, Robin, Charcot et Vulpian ont démontré que cette organisation se fait par un bourgeonnement rapide du tissu situé dans la néo-membrane.

Lorsqu'elles sont formées, elles sont constituées histologiquement par du tissu conjonctif tantôt en voie de formation, si les néo-membranes sont récentes, tantôt adultes si les néo-membranes sont plus anciennes. Les vaisseaux qui y sont contenus sont plus ou moins nombreux, ramifiés, il ont 2 à 3 centièmes de millimètre de largeur et en général deux tuniques seulement : l'interne contenant des noyaux larges, elliptiques, à grand axe longitudinal ; ceux de l'externe sont au contraire étroits et allongés dans le même sens.

Un point important dans l'histoire des néo-

membranes, c'est la fragilité de leurs éléments. Si les vaisseaux se rompent dans l'épaisseur de la néo-membrane, le sang ne s'épanche pas à l'extérieur et forme alors ces tumeurs sanguines que nous avons vues sur le péritoine pariétal. Si au contraire, les vaisseaux se rompent à la périphérie, le sang s'épanche dans la cavité péritonéale.

La rupture des néo-membranes de la péritonite chronique simple, telle est donc une cause d'ascite hémorrhagique et nous osons dire une cause fréquente.

Toutes les fois qu'on ne trouve ni tubercule ni cancer dans la cavité péritonéale et que le liquide ascitique est coloré par le sang, on trouve des néo-membranes.

Une seconde question se pose naturellement à nous quand nous avons établi que la présence du sang dans l'ascite coïncide souvent avec la présence des néo-membranes. Il faut savoir si la péritonite chronique qui a produit le sang a produit aussi l'ascite.

Nous pouvons répondre négativement dans la plupart des cas.

Nous avons bien trouvé quelques observations d'ascites par péritonite chronique simple, mais sans autopsie. Avec autopsie, nous n'en avons trouvé qu'une seule, elle est d'Andral.

Observation X (tirée des Clin. d'Andral, t. II, p. 639).

Ascite survenue sans douleur; anasarque; épanchement rougeâtre avec fausses membranes dans le péritoine.

Un homme de 63 ans entra à la Charité vers le commencement de l'année 1822. Il avait à cette époque une ascite considérable et un œdème des membres inférieurs : il n'avait jamais ressenti aucune douleur abdominale. Cette hydropisie existait depuis sept mois ; le malade se plaignait d'un peu d'oppression. En appliquant les mains sur la région précordiale on sentait à peine les battements du cœur, avec le cylindre on les entendait sans impulsion sous les deux clavicules ; le pouls était irrégulier, chaque battement du cœur était accompagné d'un léger bruit de soufflet. Pendant les quatre ou cinq mois que ce malade séjourna à l'hôpital il resta à peu près dans le même état, puis il succomba tout à coup : la veille de sa mort il s'était levé et promené dans les salles.

Autopsie. — Le péritoine contient une grande quantité de sérosité rougeâtre ; les intestins sont partout couverts de fausses membranes épaisses et noires. Les parois du cœur sont très-minces et tellement molles, qu'une très-légère traction suffit pour les déchirer, et que le doigt, appuyé avec assez peu de force sur la surface extérieure du cœur, s'y enfonce avec facilité.

Les poumons sont sains, non enjoués. Le foie n'occupe qu'une petite partie de l'hypochondre droit ; il est friable aussi. La rate est petite.

La plupart du temps la péritonite chronique n'est qu'un phénomène surajouté. Elle ne produit pas l'ascite, mais la suit et peut-être en est une conséquence. En voici la preuve.

Dans l'observation que nous avons déjà citée, notre individu avait en même temps une cirrhose atrophique légère, mais nette.

Il en est de même dans les observations nombreuses rapportées par M. Tapret dans sa thèse (nous ne parlerons que de celles dont le diagnostic a été contrôlé par l'autopsie). Toujours il existait une cirrhose en même temps qu'une péritonite chronique.

Dans l'observation II de cette thèse, on trouva à l'autopsie un liquide jaune foncé dans le péritoine, un foie granuleux atrophié, des néo-membranes dans le péritoine.

Dans l'observation IV, l'autopsie fit constater une péritonite chronique et une cirrhose.

Il en fut de même dans l'observation V où une ponction révéla l'existence de fibrine emprisonnant des globules sanguins.

Enfin dans l'observation XI qui a été communiquée par M. Rendu, le liquide était sanguinolent et à l'autopsie on trouva une cirrhose et une péritonite chronique.

Dès lors la présence du sang dans l'ascite n'a plus

qu'une importance secondaire, elle indique qu'il existe une péritonite chronique mais ne met pas sur la trace de la cause même de l'ascite.

Avant de quitter ce sujet, il importe de rechercher les causes de cette péritonite chronique simple.

Ce sont toutes les inflammations des organes de l'abdomen et les néoplasmes de cette cavité par l'irritation qu'ils déterminent.

Le liquide ascitique peut-être, détermine-t-il lui-même par sa présence un effet irritant sur le péritoine ? L'action des ponctions nous paraît mieux prouvée et la douleur qui les suit quelquefois est probablement l'indice d'un travail inflammatoire. Les cirrhotiques bien nets, comme nous en avons vu deux exemples, n'ont droit qu'à avoir un liquide citrin, sans globules ; tel il est en effet dans les premières ponctions.

Plus tard il change de nature après deux, trois, quatre ponctions ; pourquoi n'accuserait-on pas l'opération de déterminer de la péritonite chronique.

A côté de ces causes locales il y a des causes générales. Il y a, dit Gueneau de Mussy (1), des péritonites chroniques qui ne relèvent ni du tubercule, ni du cancer ; elles peuvent être une manifestation de l'alcoolisme , on en voit se développer chez des sujets strumeux ou ayant des prédispositions à la tuberculose. Il s'agit peut-être de tubercules dans des formes histologiques élémentaires.

(1) Clin. méd., t. II.

III. — Valeur sémiologique de l'ascite qui contient du sang.

Nous en arrivons maintenant à la partie clinique de notre sujet et nous nous posons le problème suivant : dans une paracentèse abdominale, il s'écoule de la sérosité sanguinolente, devant quelle maladie nous trouvons-nous ?

Nous n'entendons pas parler ici de ces cas fort rares où une collection sanguine s'est ouverte dans la cavité péritonéale, un anévrysme par exemple, comme dans l'observation I. Nous ne citons encore que pour mémoire une hypothèse possible, à savoir qu'il s'est fait dans le péritoine un épanchement par cause générale (purpura, leucocythémie) ; nous n'en avons pas trouvé d'observation. Une paracentèse mal faite, en ouvrant un vaisseau volumineux, l'artère épigastrique, par exemple, pourrait encore donner du sang. Ce n'est généralement que dans les dernières gouttes du liquide qu'on s'aperçoit de la présence du sang, ou même ce n'est qu'après l'enlèvement de la canule que le sang s'écoule soit en dehors, soit dans la cavité péritonéale.

Nous voulons rester dans les faits qui se présentent d'ordinaire en clinique.

Si ce que nous avons constaté est exact, nous pouvons dire, en présence d'un épanchement asciti-

que contenant du sang : il s'agit d'une péritonite tuberculeuse, cancéreuse, ou d'une péritonite chronique simple.

S'agit-il d'une péritonite tuberculeuse? — Rarement cette affection est en cause par la raison que le plus souvent la péritonite chronique tuberculeuse ne réclame pas la ponction. M. Gueneau de Mussy a eu cependant l'occasion de faire plusieurs ponctions dans un cas de péritonite tuberculeuse. Voici comment il s'exprime dans ses Cliniques (1) : « J'ai observé et ponctionné plusieurs fois un malade qui avait un épanchement sanguinolent dans le péritoine, lié à une péritonite tuberculeuse, pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu, et je me rappelle l'émotion que j'éprouvai en voyant la couleur du liquide extrait par la ponction et la crainte que j'eus un moment d'avoir blessé l'artère épigastrique. » On pourrait faire, il est vrai, une ponction exploratrice. Elle n'est pas indiquée ici. Le liquide, en effet, est plus souvent de la sérosité plus ou moins purulente que du sang. Là n'est pas la clef du diagnostic, elle est dans les autres symptômes de l'affection que nous allons énumérer rapidement.

L'affection a débuté lentement, insidieusement, ou bien au contraire, il y a eu, au début, une légère acuité dans les symptômes, vomissements, fièvre, douleurs abdominales. La diarrhée existe fréquem-

(1) Clin. méd. de M. Gueneau de Mussy, t. II, p. 35.

ment ; elle est l'indice des ulcérations de la tuberculose intestinale qui souvent précède la tuberculose péritonéale. L'examen du ventre révèle un empâtement, une rénitence spéciale ; il n'existe pas de grosses tumeurs comme on en trouve parfois dans le cancer du péritoine. L'examen de la poitrine, des antécédents du malade, constitue une sorte de criterium. Il est évident que, si l'on a affaire à un tuberculeux, à un individu prédisposé par hérédité à être tuberculeux, il y a bien des chances pour que la péritonite soit tuberculeuse.

Et cependant, il n'y a encore rien d'absolu à cet égard. Ne voyons-nous pas, dans l'observation IX, un individu évidemment tuberculeux présenter une ascite due probablement à une cirrhose et accompagnée de néo-membranes hémorrhagiques. Tel avait été le diagnostic porté durant la vie. Jamais M. Millard n'avait soupçonné une péritonite tuberculeuse, à cause de l'état de l'intestin, à cause de la laxité du ventre après les ponctions ; il n'avait songé qu'à une péritonite chronique simple. L'autopsie lui donna raison.

S'agit-il d'une péritonite cancéreuse? — Dans la majorité des cas, l'écoulement d'un liquide renfermant une assez grande quantité de sang pour lui donner un aspect sanguinolent, indique une péritonite cancéreuse, surtout s'il s'agit d'une première paracentèse.

Mais pour affirmer un diagnostic il faut invoquer d'autres signes. Le cancer du péritoine étant généralement secondaire, on trouve dans l'abdomen une tumeur qui indique l'origine de l'affection. Souvent même, depuis longtemps la tumeur est reconnue et l'ascite hémorrhagique ne fait plus qu'indiquer l'envahissement secondaire du péritoine auquel on s'attend chaque jour. M. Gueneau de Mussy attache une grande importance à l'état des ganglions inguinaux. Dans la péritonite cancéreuse, en effet, souvent des tractus formés par des granulations cancéreuses existent sur la paroi abdominale, suivant les débris de l'ouraque et des vaisseaux ombilicaux jusqu'à l'ombilic. A ce niveau, dans un grand nombre de cas lés parties musculaires et fibreuses de la paroi sont elles-mêmes envahies et les ganglions inguinaux peuvent subir le retentissement de ces localisations morbides. D'autres signes permettront encore de distinguer la péritonite cancéreuse des autres variétés de péritonites chroniques. L'âge du malade doit être pris en considération ; ce n'est généralement qu'à partir de 50 ans que le cancer est fréquent, au contraire la tuberculose évolue plus rapidement. L'ascite est plus considérable dans la péritonite cancéreuse que dans la tuberculeuse. Enfin, l'examen de la poitrine est absolument négatif ou fait percevoir des signes qui n'ont rien de commun avec ceux de la tuberculose pulmonaire.

S'agit-il d'une péritonite chronique simple? — Par exclusion, après avoir constaté l'absence des signes de la tuberculose péritonéale et du cancer de la séreuse, il faut admettre qu'il s'agit d'une péritonite chronique simple. Mais alors tout n'est pas dit, et même la plus grande difficulté existe encore. La cause de l'ascite est-elle dans la péritonite chronique ou dans une autre affection? Nous l'avons dit précédemment, rarement à l'autopsie d'un individu atteint d'ascite, on trouve seulement les lésions de la péritonite chronique simple, le plus souvent, comme il résulte des observations de la thèse de M. Tapret, que nous avons invoquées, il existe en même temps une cirrhose ou une affection de l'abdomen. Cependant nous avons aussi rapporté une observation d'Andral où il n'existait que la lésion de la péritonite chronique.

De ces faits résulte un enseignement important qu'il ne faudra jamais perdre de vue. On ne posera le diagnostic d'ascite par péritonite chronique simple qu'après avoir sévèrement interrogé tous les organes abdominaux. Le foie en particulier doit être suspecté et, dans la plupart des cas, il a subi de notables altérations. Ainsi donc, même en présence d'un liquide hémorrhagique, on ne se hâtera pas de repousser l'hypothèse d'une lésion du foie qui, latente aujourd'hui, peut se démasquer demain. L'examen des urines en révélant la présence de sédiments rouges, la diminution du taux de l'urée, les antécédents du malade méritent une sérieuse attention.

Si ce n'est qu'après plusieurs paracentèses que le liquide est devenu hémorrhagique, c'est une raison de plus pour croire que l'ascite n'a pas été causée par la péritonite chronique et que celle-ci est survenue consécutivement et même qu'elle a été provoquée par l'opération elle-même. Les douleurs qui suivent quelquefois la ponction, la petite élévation de température qui les accompagnent, indiquent que ce travail inflammatoire n'est pas rare. Chez un malade de Friedreich, chaque paracentèse était suivie de douleurs violentes comparables à celles de la péritonite aiguë. L'autopsie donna la raison de ce phénomène; à chaque ponction il s'était développé autour de la piqûre un processus inflammatoire rapide, aboutissant à la formation de néo-membranes vasculaires.

CONCLUSIONS.

1° On trouve du sang dans les épanchements ascitiques, dans les trois variétés décrites de la péritonite chronique : péritonite tuberculeuse, péritonite cancéreuse, péritonite chronique simple.

2° La péritonite chronique simple présente parfois des néo-membranes dans les feuillets desquelles le sang s'est déposé par un mécanisme analogue à celui décrit pour la pachyméningite, la vaginalite, cer-

taines variétés d'hématocèles, la pleurésie hémorrhagique néo-membraneuse. Un même processus anatomique se rencontre dans toutes les séreuses de l'économie.

3° L'épanchement sanguin dans la péritonite tuberculeuse n'est pas commun. Rarement on l'a constaté par une ponction faite durant la vie du malade, par la raison que la péritonite chronique tuberculeuse ne détermine souvent qu'une ascite peu considérable. Plus fréquemment l'ascite hémorrhagique a été constatée à l'autopsie.

4° L'ascite qui contient du sang se rencontre surtout dans la péritonite cancéreuse où elle peut être un moyen de diagnostic; toutefois des signes plus importants consistent dans l'examen attentif de la paroi abdominale et des organes contenus daus la cavité.

5° L'épanchement sanguin de la péritonite chronique simple ne donne aucun renseignement à propos de l'origine de l'ascite; la plupart du temps, l'ascite reconnaît une autre cause, en particulier la cirrhose du foie. Les deux affections sont souvent concomitantes, surtout après des paracentèses multiples.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de potassium, de calcium, de fer, d'antimoine (kermès) et de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences. Comment le divise-t-on ? Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces.

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur.

Pathologie générale.— Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour base.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Médecine opératoire. — De la suture de l'intestin.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique, phénomènes de la putréfaction modifiés suivant les milieux, le genre de mort, l'âge et diverses circonstances.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu : le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.